

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 116

DES
RÉINFECTIONS ATTÉNUÉES
DE LA SYPHILIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 février 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TH.-ADOLPHE LHOSTE

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

*Ex-Interne en Médecine à la Maison départementale et au Dépôt
de Mendicité d'Albigny (Rhône)*

Ex-Préparateur de Pathologie externe à la Faculté de Médecine de Lyon

Né à Cizely (Nièvre), le 11 avril 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1901

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 116

DES
RÉINFECTIONS ATTÉNUÉES
DE LA SYPHILIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 février 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

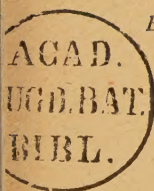
TH.-ADOLPHE LHOSTE

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

*Ex-Interne en Médecine à la Maison départementale et au Dépôt
de Mendicité d'Albigny (Rhône)*

Ex-Préparateur de Pathologie externe à la Faculté de Médecine de Lyon

Né à Cizely (Nièvre), le 11 avril 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	} MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. X. FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT. SOULIER. CROLAS.
Cliniques chirurgicales.....	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques ...	
Clinique des Maladies mentales	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique.....	
Chimie organique et Toxicologie.....	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie	
Anatomie.....	
Anatomie générale et Histologie.....	
Physiologie.....	
Pathologie interne.....	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique.....	
Médecine opératoire.....	
Médecine expérimentale et comparée.....	
Médecine légale	
Hygiène.....	
Thérapeutique	
Pharmacologie.....	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. AUGAGNEUR, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. ROLLET et VALLAS Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Avant de commencer ce travail inaugural, nous avons à cœur de remercier nos Maîtres dans l'enseignement de l'intérêt qu'ils nous ont montré.

Chez M. Vincent, à la Charité, nous avons appris les premiers éléments de la Chirurgie infantile. Nous n'aurions garde de l'oublier. M. Rabot voudra bien nous permettre de le remercier de la bienveillance qu'il nous a témoignée.

Nous avons passé six mois à l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur agrégé Vallas; c'est là une de nos meilleures étapes dans les hôpitaux, et si nous nous rappelons la bienveillance sympathique du chef de service, il nous souviendra aussi de ses excellentes leçons cliniques et pratiques, auxquelles nous devons beaucoup. Nous sommes heureux de lui témoigner notre gratitude.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe et, pendant trois ans, le préparateur de M. le professeur Augagneur. Nous avons très largement puisé à toutes ses leçons; nous lui devons le sujet de cette thèse, dont il a bien voulu accepter la présidence.

Nous ne le remercierons pas, car il sait à quoi s'en tenir sur nos sentiments à son égard, nous dirons seulement que nous sommes fiers d'être l'élève d'un tel Maître.

A Albigny, nous avons trouvé auprès de M. Rondet et M. Mollard, un accueil affectueux, presque paternel. M. le docteur Rondet nous a enseigné la prudence et la circonspection, M. le docteur Mollard un peu de scepticisme. Qu'ils veuillent bien agréer nos meilleurs sentiments.

Nous n'oublierons pas l'ami précieux que nous avons en M. Verdier.

A notre arrivée à Lyon, nous avons eu l'honneur d'avoir pour premier maître notre ami Denis, actuellement chirurgien de l'hôpital français de Constantinople. Si nous savons quelque chose, c'est surtout à lui que nous le devons, aussi notre amitié pour lui est aussi vive que notre gratitude.

Que tous ceux, enfin, qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils et de leur affection, soient persuadés de notre vive reconnaissance et qu'ils en acceptent l'hommage.

INTRODUCTION

Nous avons assumé une lourde tâche en entreprenant de soutenir la fréquence des réinfections syphilitiques atténuées. Ce sujet est, d'ailleurs, loin d'être nouveau, puisque, dès le XVI^e siècle, les auteurs en parlent et plaident pour la réinfection. Nous n'avons pas la prétention de croire que ce modeste travail terminera la discussion engagée depuis plus d'un siècle; la théorie de la réinfection — *a fortiori* de la réinfection atténuée — a des adversaires irréductibles, que des voix plus autorisées que la nôtre ne pourront peut-être même pas convaincre, car elles se heurteront à une idée reçue, à une tradition. — Nous serons heureux si notre travail n'a pas été illusoire, et s'il a pu ramener l'attention sur ce sujet éminemment digne d'un très haut intérêt.

Nous avons divisé cette thèse en quatre chapitres ;

Dans le 1^{er}, nous faisons l'histoire de la réinfection de la syphilis en général. Nous exposons les différentes opinions de Fournier à ce sujet.

Dans le chapitre II, nous parlons de la nature infectieuse de la syphilis, et nous nous efforçons de montrer que la vérole, maladie infectieuse, rentre dans le cadre des maladies infectieuses, au point de vue de l'immunité et de la réinfection.

Dans le chapitre III, nous montrons que le pseudo-chancro de récidence de Fournier et le syphiloïde chancroïforme de Leloir ne sont, dans la majorité des cas, que des chancres indurés de réinfection.

Dans le chapitre IV, nous traitons de la durée de l'immunité syphilitique et de l'époque d'apparition du chancre de réinfection.

CHAPITRE PREMIER

Histoire des réinfections de la syphilis. — Exposé des différentes opinions des auteurs, de Fournier, de Leloir.

Peu de questions en pathologie ont prêté à autant de discussions que la doctrine de la réinfection syphilitique. Son histoire est aussi vieille que celle de la maladie elle-même.

Dès 1540, Lecocq l'admet (de lue hispanica).

En 1550, Bartholomeo Maggi affirme la récurrence chez un comte de la Mirandole.

La même année, Brassavole pense qu'une première syphilis prédispose presque toujours à seconde.

Quelques années après, en 1556, Vidius, avec une sagacité remarquable, pense que la seconde syphilis est toujours plus légère que la première et qu'elle se réduit à l'accident primitif.

« En somme, dit Hudelo (1), jusqu'à notre époque la réinfection resta admise comme un fait fréquent. »

Mais il faut arriver au XIX^e siècle pour assister aux nombreuses et longues discussions auxquelles prirent part les syphiligraphes les plus renommés.

Le premier en date, Hunter, réagit contre l'opinion en cours, et n'admit pas la récurrence de la vérole; mais c'est en réalité Ricord, le véritable fondateur de la théorie de la non réinoculation de la syphilis. Toutefois, quoique Ricord fût partisan déterminé de la non réinfection, la conviction de l'éminent clinicien semble avoir été ébranlée par certains faits; aussi, il ne nia pas la possibilité d'une réinfection; ce qu'il révoqua en doute, c'est la démonstration par les faits de cette possibilité.

A plusieurs reprises il revint sur ce sujet (Lettres sur la syphilis — Leçons sur le chancre) et tout en admettant l'existence des réinfections, il prétendit à leur prodigieuse rareté, et constata « qu'il n'y en a pas un seul exemple probant dans la science ».

Puis Diday soutint avec une autorité incontestable la doctrine de la réinfection atténuée (*Archives de Médecine*, 1862).

Les idées de Diday furent vivement attaquées par le professeur Fournier, et devinrent la source d'une discussion qui dura encore, et au cours de laquelle la doctrine de la réinfection ne perdit pas de terrain mais ne recruta pas de nouveaux adeptes, étant

(1) HUDELO. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai et juin 1891, pages 353 et 470.

donné que d'un côté, obéissant aux idées reçues, on ne voulut pas se plier aux faits et on afficha une intransigeance absolue.

Vénot et Masse, de Bordeaux, se rangent à l'opinion de Diday.

A l'étranger, la plupart des syphiligraphes sont favorables à la réinfection.

Rinecker et von Hebra en sont des partisans déterminés.

« Il est bien étonnant, dit Caspari (1), que des médecins tels que Ricord jusqu'à 1860 et Siegmund, en 1870, n'aient pas eu à en observer un seul cas (de réinfection) *et que ce dernier ait pu dire qu'il fallait attendre de nouvelles observations solides* ».

Rabitsch-Bey va encore bien plus loin, il affirme la possibilité de la réinfection au milieu d'accidents encore persistants. H. Lee (*The Lancet*, 1899). Berckley-Hill, Astley-Couper admettent la réinfection atténuée.

Althans prétend qu'il y a des exemples probants de seconde syphilis. Les auteurs américains, eux aussi, sont favorables à l'idée de réinfection, mais ils exigent pour la seconde infection la même manifestation de symptômes que pour la première.

A la Société viennoise de Dermatologie, dans la séance du 14 octobre 1896, le professeur Lang présenta un homme qui contracta sa première syphilis, en 1893, et la seconde, en septembre 1896.

(1) CASPARI. — *Deutsch medicin Wochenschrift*, 6 novembre 1875, N° 7, page 73.

A ce propos, Neumann fit remarquer que ces dernières années il avait observé personnellement six à sept cas de réinfection *et il ne peut comprendre comment Fournier a pu dire*, il y a peu de temps encore, *qu'il n'a jamais vu de réinfection*.

En France, en effet, la majorité des auteurs sont loin d'arriver à une telle conception de la syphilis. Ricord fit école, et ses élèves jetant par dessus bord les timides réserves qu'il avait formulées, nient formellement qu'une syphilis se puisse doubler.

« Comme un certain nombre de maladies spécifiques, dit Thibierge (1), l'infection syphilitique confère l'immunité contre toute nouvelle atteinte de la même maladie. »

Mais nous savons à l'heure actuelle que cette opinion — au moins en ce qui concerne les maladies infectieuses — est erronée.

Sous l'influence des idées de Ricord, Fournier affirma l'unicité de la syphilis, et révoqua en doute tous cas présentés comme récidives syphilitiques.

Interprétant à sa façon l'accident primaire d'une réinfection, il en fait un accident secondaire ou tertiaire de la première syphilis. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette singulière conception dont Neumann s'étonnait à juste titre.

Et cependant cette théorie de l'unicité est admise par la majorité des auteurs français. Toutefois, quoique sous l'épithète de *pseudo-chancres indurés* (Four-

(1) THIBIERGE. — *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. II, p. 238.

nier) ou de *syphilome chancriforme* (Leloir) on rangeât de multiples accidents, qui en réalité se ramenaient à un seul : le chancre de réinfection — certains faits ne paraissent pas nets au point de vue uniciste, on faisait bien hâtivement quelques timides réserves afin de se mettre à couvert, quitte à les infirmer un peu plus loin, ou quelques années plus tard. C'est ainsi que certains auteurs semblent avoir été d'avis assez opposés.

En terminant son étude sur le pseudo-chancrè induré de récidence M. le professeur Fournier conclut ainsi : « J'aurai mal exprimé ma pensée toutefois, si de ce qui précède, le lecteur était conduit à inférer que, de parti pris, je récusé la possibilité des réinfections syphilitiques. *Je ne prétends pas que la vérole ne se puisse doubler. Loin de là, je crois à la récidence possible de la maladie*, et je pourrais même apporter à l'appui de cette opinion un fait encore inédit et qui me semble entouré de toutes les garanties d'authenticité. *Je ne veux pas nier davantage qu'une seconde vérole, atténuée peut-être par le fait même de la première, ne se puisse borner à quelques accidents bénins, voire même à un second chancre, avec ou sans bubon, non suivis de manifestations constitutionnelles* ».

Trente ans plus tard (1898), M. le professeur Fournier écrit : « Une syphilide (c'est-à-dire un pseudo-chancrè), prise pour un chancre signifie ceci en doctrine : infection nouvelle surajoutée à une infection antérieure, seconde vérole entée sur une première. .

.....

Il résulterait de là qu'on a la faculté de subir deux ou trois fois une contagion nouvelle et de s'envéroler coup sur coup. Il résulterait de là que l'organisme humain est susceptible de subir à courte échéance plusieurs inoculations successives du virus syphilitique *alors que la clinique et l'expérimentation s'accordent à nous le montrer réfractaire à ce virus, après une contamination première*, alors qu'il est d'expérience commune, de notion vulgaire que, sauf exceptions prodigieusement rares, la vérole ne se double jamais (!) » (*Traité de la syphilis*).

Voilà un langage catégorique et totalement différent du précédent où M. Fournier promettait même de verser une pièce au dossier de la réinfection, tandis qu'à l'heure actuelle, tout est pour le pseudo-chancriforme, rien pour la réinfection.

L'idée de non-possibilité de récurrence syphilitique est tellement entrée dans l'esprit des auteurs que quelques-uns d'entre eux s'ingénient à trouver des qualificatifs pour désigner une lésion qui, en réalité, n'est qu'un chancre de récurrence.

Avec Leloir (*In* thèse de Declerc), il ne s'agit plus de pseudo-chancriforme, nous avons affaire avec le syphilome chancriforme.

« J'entends par syphilome chancriforme certaines lésions qui *simulent* le chancre, ou syphilome primaire dans toutes ses variétés. »

Declerc fait rentrer dans le groupe du syphilome chancriforme (groupe qu'il avoue être très polymorphe d'aspect), les indurations de récurrence

d'Hutchinson, les ulcérations redux de Fournier, les pseudo-chancres de récidence de Fournier.

On y trouve tout ce que l'on veut, dans ce groupe, et très probablement de vrais chancres de récidence.

« Le syphilome, dit Leloir, est un histologiquement, il est également un cliniquement, au point de vue évolutif, puisque, dans la période dite primaire, il peut singer la gomme et, dans la période appelée période tertiaire, il peut singer le chancre ».

Avec un peu de transformisme, il va devenir chancre lui-même.

« La distinction est tellement difficile, dit Leloir, que le pseudo-chancre a donné lieu à bien des interprétations dont la théorie des réinfections n'est pas la moindre ».

En somme, Fournier et Leloir sont d'accord pour nier la réinfection syphilitique et ils s'en prennent tous les deux à la même lésion. Qu'ils la nomment pseudo-chancre ou syphilome chancriforme, cette lésion est la même.

CHAPITRE II

La syphilis infectieuse a des réinfections atténuées comme les autres maladies infectieuses.

On peut s'étonner, à juste titre, que certains syphiligraphes se refusent à admettre l'existence des réinfections syphilitiques.

En présence des théories microbiennes et du jour tout nouveau jeté par elles sur le mécanisme de l'infection, de l'immunité que celle-ci confère, et de la réinfection, il eût été légitime de croire que la syphilis, maladie infectieuse rentrant dans le cadre des maladies infectieuses, dût se comporter comme telle au triple point de vue de l'infection, de l'immunité et de la réinfection.

Mais, pour admettre la possibilité d'une seconde syphilis entée sur une première, on voulait que l'observation ne présentât aucun doute, qu'elle offrît

toutes les garanties de sécurité possibles, c'est-à-dire, en un mot, que la seconde infection se traduisît par tous les symptômes : chancre, accidents secondaires, accidents tertiaires, qui s'étaient produits lors de la première atteinte. Or, la pathologie générale semble donner un démenti à ces prétentions. Elle nous apprend qu'une prochaine infection confère, dans l'immense majorité des cas, l'immunité pour un temps donné, variable selon l'affection, et selon le malade, que cette immunité finit par disparaître après s'être atténuée progressivement, et *que la réinfection, dès lors possible, est, en général, plus bénigne que la première atteinte.*

Cette théorie était peut-être trop simple pour être appliquée à la syphilis. Cette affection ne semble pas être considérée comme une maladie infectieuse ordinaire. Son agent spécifique inconnu, son traitement purement empirique, ses allures capricieuses dans certains cas, ses trois ordres de symptômes se succédant à intervalles à peu près réguliers, peut-être enfin la déconsidération ridicule et injustifiée dont jouissent les syphilitiques, toutes ces raisons, qui ne sont pas sérieuses, entrent peut-être pour beaucoup dans la façon d'envisager cette maladie.

On a de la tendance — même dans les milieux médicaux — à la ranger dans une catégorie spéciale, à en faire une espèce morbide ne relevant d'aucune classe.

Il est, cependant, bien évident que la syphilis est une simple maladie infectieuse, à évolution et à marche régulière comme toutes les maladies infectieuses,

mais, comme elles, se comportant différemment suivant la résistance du terrain, la virulence de la graine et le mode de culture.

Il est donc naturel d'admettre, pour la syphilis, ce qui se passe pour les autres infections. La vérole doit non seulement récidiver, mais récidiver fréquemment.

Ces récidives sont bénignes et c'est pour cette raison qu'elles ont passé inaperçues.

Et ce fait est tellement vrai que tous les auteurs qui ne raisonnaient pas de parti-pris, et qui se contentaient d'observer les faits et d'en tirer des conclusions au lieu de plier ces faits à leur manière de voir ou de les modifier pour les besoins de la cause, tous ces auteurs, disons-nous, ont mentionné la récidive fréquente et bénigne, et ils ont apporté des observations à l'appui.

Dès 1556, nous savons que Vidius Vidius Vidius pense qu'une syphilis seconde est toujours plus légère que la première.

Ricord, lui-même, qui préconisa l'unicité de la syphilis, ne pouvait s'empêcher de dire : « *La loi d'unicité de la diathèse est-elle absolue? — Probablement non. On doit trouver, pour la syphilis, quoique plus rarement, ce qu'on trouve pour la vérole et pour la vaccine.* La disposition acquise peut s'atténuer et même finir par s'éteindre. Dans le premier cas une infection nouvelle, devenue possible, produira des accidents constitutionnels modifiés — ce qui expliquerait les affections syphiloïdes qu'ont admises certains auteurs. Dans le second cas, une infection

nouvelle donnera lieu à la reproduction d'accidents constitutionnels à forme et à succession régulière ».

C'est pour avoir trop compté sur cette dernière forme de réinfection — qui doit être assez rare — que les auteurs ont méconnu la première et en sont arrivés à nier la réinfection elle-même.

Nous avons dit qu'un des partisans les plus résolus de l'unicité de la syphilis, le professeur Fournier, admettait, en 1868, que « *une seconde vérole atténuée par le fait même de la première pût se borner à quelques accidents bénins, voire même un second chancre*. Il est vrai que, trente ans plus tard, M. Fournier n'était plus tout à fait de même avis.

Diday qui, en 1867, avait publié 30 observations de réinfection, attaqua vivement le pseudo-chancre de Fournier, affirma la possibilité et l'existence des réinfections atténuées, et ne vit, dans le pseudo-chancre, que des indurations lymphatiques avec plaques muqueuses.

Rabistch-Bey, du Caire, en publiant une observation que nous relatons plus loin (V. Obs. I) admet la possibilité de la récidiye au milieu d'accidents encore persistants.

Baumber, cité par Caspari, dit dans le manuel pathologique de Ziemssen (III, 1868), qu'une seconde infection peut procéder avec des actions locales aussi bien que générales. « Je ne crois pas, ajoute Caspari (1), qu'on ait relevé l'objection qu'il s'agit en pareil cas d'une gomme cutanée ou sous-cutanée,

(1) CASPARI. — *Deutsch medicin wochenschrift*.

rapportable à l'ancienne infection ; *mais* la présence de ganglions indolents au voisinage, en même temps des deux côtés, rend plus vraisemblable une infection fraîche, mais non hors de doute. *Il y a quelquefois, sinon fréquemment, des malades chez lesquels s'installe seulement un chancre dur*, ou à la suite de celui-ci une enflure indolente des ganglions voisins ».

Après avoir relaté l'histoire d'un jeune collègue chez lequel la syphilis première ne se manifesta que par un chancre et une adénopathie inguinale double, il conclut : « Est-on autorisé, sur les seuls symptômes susnommés, à admettre la syphilis comme dans d'autres cas où elle ne disparaît que tardivement et par les moyens de l'art ? Une semblable idée ne me semble pas injustifiée, mais je ne me hasarderais pas à établir sûrement la diagnose de la syphilis. »

En somme Caspari n'ose pas prendre une position nette dans le débat, et cherche à donner satisfaction aux uns, tout en ne mécontentant pas les autres.

Et lui aussi, comme Siegmung, comme Fournier, il ne conclura à la réinfection que lorsque le chancre de récidence s'accompagnera d'adénopathie, puis d'exanthème, puis d'algies secondaires et enfin de symptômes tertiaires.

C'est demander beaucoup, nous semble-t-il à une réinfection qui doit être atténuée.

Si le terrain déjà syphilité une première fois est encore vacciné, l'infection seconde à laquelle il est quotidiennement exposé ne se produira pas. Mais ce contagé ne persiste pas indéfiniment dans le sang des sujets : l'immunité s'atténue ? Nous avons une

réinfection atténuée; elle disparaît totalement ? Nous avons des syphilis secondes à évolution classique, rappelant le type primitif, et même dans certains cas, soit en raison de la virulence de l'agent, ou de la moindre résistance du sujet, la seconde infection sera plus grave que la première atteinte.

Nous ne voulons pour preuve de l'atténuation graduelle de la virulence de la syphilis — et par conséquent de l'atténuation de l'immunité chez l'individu syphilité — que la non contagiosité admise des accidents du tertiarisme.

Ce fait est admis par l'immense majorité des auteurs, et, selon nous, ne saurait relever que de la diminution de virulence de l'agent infectieux (ou de ses toxines), qui à un moment donné n'est plus assez virulent pour infecter les organismes nouveaux avec lesquels il peut se mettre en contact, mais l'est encore assez pour assurer l'immunité au porteur contre toute nouvelle atteinte.

Un degré de plus, l'immunité s'affaiblira encore, et l'organisme sera en état de réceptivité vis-à-vis du même agent infectieux.

Il est singulier de voir que les auteurs qui n'admettent la réinfection qu'avec tous les symptômes au grand complet, accordent à la première infection ce qu'ils refusent à une récurrence atténuée. Fournier, parlant de la gravité des accidents secondaires dans une première syphilis, s'exprime ainsi : « Dans une proportion de 5 0/0 environ, l'étape secondaire peut être ou insignifiante ou silencieuse, comme manifestations, ou tout au moins n'être constituée

que par des manifestations assez bénignes pour ne pas attirer sur elles l'attention des malades ».

Il est en effet connu qu'il existe des formes frustes de la syphilis — des syphiloïdes si l'on peut se servir de l'expression de Ricord — qui se rencontrent surtout dans un âge jeune. Quant à l'explication de ces syphilis primaires atténuées, il semble naturel d'admettre, dans ces cas, la meilleure résistance à l'infection d'un organisme ferme, en plein développement, non encore altéré par l'alcool, la tuberculose, les fatigues physiques, le surmenage de toute nature, soit physique, soit intellectuel.

Dès lors, puisqu'il est généralement admis que la gravité de la syphilis varie selon l'état individuel de chaque malade, puisque la virulence de l'infection est en raison inverse du mode de réaction de l'organisme, il semble légitime d'admettre que chez un organisme déjà en puissance de virulence atténuée, par conséquent armé pour la lutte, il pût se faire une seconde infection, atténuée, moins violente que la première.

Déjà Rollet, avec son remarquable esprit critique, avait vu le peu de durée de l'immunité syphilitique et nous ne saurions mieux faire que conclure avec lui : « L'immunité syphilitique n'a donc pas une durée indéfinie. *Si elle est générale ou complète, cela ne peut être qu'à une période peu avancée de la maladie, après un laps de temps variable de 2 à 6 ans, etc.* »

CHAPITRE III

**Le pseudo-chancro de récidence de Fournier,
et le syphilome chancroforme de Leloir
ne sont vraisemblablement que des chan-
cres de réinfection.**

Dans les *Archives de médecine* de 1868, M. le professeur Fournier publie une série d'observations relatant des accidents survenus chez des syphilitiques en période tertiaire ou secondaire tardive. Ces accidents, qu'il range sous l'épithète de pseudo-chancro, ne sont très vraisemblablement pour la plupart que des chancres indurés, de réinfection.

Si nous lisons la description que Fournier fait du pseudo-chancro, nous serons frappés de l'analogie — nous dirons de l'identité — des deux lésions.

« Le pseudo-chancro induré, dit Fournier, est presque toujours solitaire, — 17 fois sur 21. — Ce

caractère de lésions isolée rapproche le pseudo-chancré du chancre syphilitique. C'est une ulcération presque toujours arrondie, quelquefois ovalaire ou elliptique, très peu souvent irrégulière, au point de vue du tracé de sa circonférence... etc. Que le lecteur veuille bien mettre en parallèle les deux descriptions, il sera nécessairement frappé de ce fait que l'une semble copiée sur l'autre tant ces caractères sont analogues, *je dirai même presque identiques*. De part et d'autre, ce sont à cela près de quelques différences secondaires, les mêmes phénomènes essentiels, le même groupement de symptômes, la même évolution pathologique. »

Un peu plus loin, M. Fournier constate que le pseudo-chancré a été méconnu (!) jusqu'à ce jour et qu'il allait introduire un élément tout nouveau dans la question des doubles véroles. M. Fournier prétend qu'il a dû défrayer mainte observation de réinfection, étant pris pour un second chancre. Enfin ce qui caractérise selon lui le pseudo-chancré, c'est la *spontanéité* de cette lésion.

Or la lecture des observations de M. Fournier ne pourrait nous convaincre de l'existence du pseudo-chancré.

Dans l'observation 1, il s'agit d'un officier qui prit la syphilis en février 1866. Chancre de la rainure du gland. Accidents secondaires consécutifs-traitement.

Séjour à Amélie les-Bains. Le 12 juin 1868, c'est-à-dire *vingt-sept mois après l'infection primitive, et quarante-deux ou quarante trois jours après un coït* il y eut une ulcération de la muqueuse du prépuce.

Suit la description de la lésion qui offre l'aspect le plus classique de chancre syphilitique, dans les aines quelques ganglions « trop peu volumineux pour avoir une signification réelle. »

Sur la langue, ulcération secondaire (?) éruption impétigineuse du cuir chevelu. Le 15, pléiade de ganglions très gros, indolents roulant sous la peau.

L'ulcération se cicatrisa en 35 jours.

Fournier conclut à un pseudo-chancre, se basant sur la spontanéité de l'affection — la durée de l'incubation semble trop longue — et la persistance d'accidents secondaires.

Mais nous avons déjà dit, et nous verrons que Rabitsch-Bey a observé la récurrence au milieu d'accidents secondaires encore persistants (voir observations I, II, III).

D'autre part une lésion indurée qui apparaît sur la verge, 40 ou 42 jours après un coït, qui est suivie, à 3 jours de distance par une grosse adénopathie inguinale double, indolente, ressemble fort à un chancre syphilitique. Ce dernier ne se comporterait pas autrement au point de vue de l'incubation, quoiqu'en dise M. Fournier. Les chancres d'une incubation de 30 à 40 jours sont loin d'être rares. Pour nous, ces deux raisons qui entraînent la conviction de M. Fournier, sont insuffisantes pour nous faire rejeter l'idée de chancre syphilitique de réinfection.

Dans l'observation IV le malade a contracté la syphilis en 1857. Chancre induré de la verge. En 1864, c'est-à-dire sept ans après, on constate une induration recouverte par la muqueuse saine et un

noyau induré le long des lymphatiques de la verge ; pas d'adénopathie, trois tubercules ulcérés sur le bord de la langue.

L'observation ne donne aucun renseignement relatif à l'existence d'un coït antérieur à la seconde lésion. Nous ne pouvons donc conclure à la spontanéité de la lésion. Elle néglige également de nous dire ce que sont devenus ces noyaux indurés et cette induration. Peut-être s'agit-il tout simplement de gourmes, dont la présence s'explique toute seule chez un syphilitique. De même dans l'observation VI. Elle se borne à relater que trois ans après son infection primitive le malade présente deux ulcères chancriformes « analogues d'aspect au chancre syphilitique », sans ajouter rien de plus.

L'observation VII nous semble typique comme exemple de réinfection. Il s'agit d'un malade qui prit la syphilis et une blennorrhagie en 1866. Il fut soigné à Versailles. « Effrayé, dit-il, de sa double mésaventure, il s'abstint de tout rapport depuis cette époque ; il insiste très vivement pour affirmer que son dernier coït remonte au 10 juillet 1866, que depuis cette époque, il n'a pas touché une femme et qu'il n'avait pas envie d'en toucher de longtemps.

Le 5 septembre 1867, c'est-à-dire *quatorze mois après l'infection primitive*, il présente à la lèvre supérieure une ulcération à base indurée avec un ganglion sous-maxillaire, dur, indolent, « en un mot, dit Fournier, cette ulcération de la lèvre représente le type le plus complet et le plus classique du chancre induré ».

Sur la langue et les amygdales, très nombreuses ulcérations « qui sont évidemment des plaques muqueuses ».

Et M. Fournier conclut à un pseudo-chancro parce que l'affection est survenue sans coït antérieur. Habituellement, nous semble-t-il, cela se passe ainsi pour les chancres extra-génitaux. L'apport du virus syphilitique est fait par un objet usuel ou professionnel sur lequel le virus a été déposé par un syphilitique. Nous avons vu en 1896, dans le service de M. le professeur Augagneur, un ouvrier ébéniste qui clouait des fauteuils et qui prit un chancre de la lèvre après avoir mis dans sa bouche des clous pris dans la boîte d'un de ses camarades, ouvrier ébéniste et syphilitique, comme lui et qui remplissait même emploi.

M. le professeur Fournier, lui-même, a fait une remarquable étude des chancres extra-génitaux. Nous sommes étonné qu'il accorde autant d'importance à l'influence des rapports sexuels dans un chancre extra-génital. Il nous semble que, dans un chancre de la lèvre, il ne faut pas rechercher l'étiologie dans le coït.

Il est à remarquer, d'ailleurs, que, là encore, l'observation ne nous donne pas de grands renseignements. Nous ne savons pas à quelle date remontait la lésion, lorsque M. Fournier l'a vue coïncidant avec des ulcérations « qui sont évidemment des plaques muqueuses ». Toutefois cette lésion doit dater d'un certain temps, dix, quinze, vingt ou trente jours. Car, pour offrir le type le plus complet et le plus clas-

sique du chancre syphilitique, il faut qu'elle soit en plein épanouissement.

La présence de lésions secondaires relevant de la première infection, n'infirmes en rien la valeur du chancre de la lèvre comme signe de réinfection, si l'on admet l'opinion de Rabitsch-Bey.

L'observation VIII de Fournier a trait à un camarade d'enfance « en lequel il a la foi la plus absolue ». Ce camarade d'enfance prit, en 1862, un chancre de la verge ; deux ans après, en 1864, il eut un pseudo-chancre de la verge et, enfin, en 1865, il eut un second pseudo-chancre de la verge. Il nie tout rapport suspect.

« Les lésions dont il est porteur, dit M. Fournier, ne sont donc pas des chancres de réinfection, mais de pseudo-chancres » et il conclut : « Chez les sept malades que je viens de citer, la lésion s'était donc développée d'une façon toute spontanée (?). Elle n'était pas et ne pouvait pas être le résultat d'une contagion et, par conséquent, cette lésion n'était pas un chancre.

Dans l'observation I « le malade n'a pas eu de rapport depuis deux mois. (Dans l'observation il s'agit seulement de 42 ou 43 jours et on a vu des chancres présenter assez fréquemment une incubation de cette durée). « Trois autres malades, mariés, n'avaient eu « de rapports qu'avec leurs femmes quand ils furent « affectés d'accidents chancriformes des *organes* « *génitaux*. Or de ces trois ménages, je puis affirmer « pour l'un dont je suis le médecin que la femme n'a « jamais présenté de symptôme suspect, pour l'autre

« que la femme reçut la syphilis de son mari — ce
« qu'omet de nous dire l'observation — et, pour le
« troisième, enfin, je tiens d'un confrère, que la
« femme est restée indemne de syphilis ».

De ce que les femmes sont restées saines, M. Fournier ne peut en conclure que le mari était indemne de syphilis nouvelle. Il est fort possible que la syphilis ne se communique pas — au moins pendant quelque temps — du mari à la femme. D'ailleurs, il nous semble que M. Fournier est partisan de la transmission directe de la syphilis du père au fœtus, sans contamination de la mère.

Declercq publie l'observation d'une femme atteinte d'un chancre induré de récidence (syphilome) et qui a été visitée à quatre reprises différentes sans que la syphilis pût être découverte.

Enfin, en matière de syphilis, on ne saurait être trop sceptique vis-à-vis des affirmations des intéressés, et il ne faut pas accorder trop grande confiance à la parole des individus — surtout des maris — soupçonnés de vérole, et qui protestent de leur innocence ou de leur fidélité conjugale.

Dans une observation de Köbner, un malade après avoir nié énergiquement tout coït illégitime, se croyant suffisamment protégé par un condom, ne se décida à avouer qu'il avait menti, que lorsque les symptômes secondaires de la nouvelle infection firent apparition.

En somme, on voit que, sur les observations de pseudo-chancre, il n'y en a pas une seule sur laquelle il n'y ait rien à redire, et qu'il s'agit, vrai-

semblablement, dans les faits publiés par M. Fournier, de chancres syphilitiques, premier accident d'une réinfection atténuée.

Cette conviction va devenir une certitude si nous examinons les diverses observations de la thèse de Declerc.

Tout d'abord, il constate que le syphilome chancriforme précède l'explosion d'autres manifestations et semble, parfois, l'annoncer. Une coïncidence aussi fréquente est au moins curieuse.

Il publie 25 observations, parmi lesquelles nous n'en retiendrons que quelques-unes, qui sont typiques comme exemples de réinfection.

Son observation XI a trait à un homme de 20 ans, qui présenta les symptômes suivants :

Le 7 août 1877, quatre chancres indurés, un sur la couronne du gland, trois autres sur le fourreau de la verge. Il fut soumis immédiatement au traitement mercuriel. La syphilis évolua avec quelques accidents. Le 13 octobre 1882, tous les accidents ont disparu. Le 10 janvier, *c'est-à-dire cinq ans après la première maladie, à la suite d'excès de coït*, la cicatrice du chancre de la rainure s'est réouverte, mais l'induration est très superficielle.

Réinduration ganglionnaire, inguinale sus-claviculaire, mastoïdienne. Sirop de Gibert. Apparition de nodosités gommeuses. En juin, papules simulant le lichen plan. Ces syphilides lichénoïdes sont indolentes et aprurigineuses, quelques-unes précédées d'élancements névralgiformes.

Il nous semble que l'on ne peut pas invoquer meilleure observation en fait de réinfection. L'apparition d'un chancre infectant au milieu d'accidents

tertiaires ne nous surprend nullement ; elle prouve simplement que l'immunité du sujet était bien diminuée et près de s'éteindre. Nous avons déjà dit que c'était de cette façon qu'il nous semblait plausible d'expliquer la non contagiosité des accidents tertiaires. Ce fait admis, sans conteste, par la grande majorité des auteurs, nous permet de relever une contradiction de Leloir. Il prétend, en effet, que, dans la période tertiaire, le syphilome peut singer le chancre et, dans la même thèse, Declerc prétend à la nature contagieuse du syphilome chancriforme. Nous avons le droit de penser que le syphilome chancriforme, de nature contagieuse, apparaissant à la période tertiaire, n'est pas autre chose qu'un chancre de récédive.

Dans son observation XVIII, il s'agit d'un alcoolique qui contracta la syphilis en 1873. Il eut un chancre de la peau de la verge. L'affection fut diagnostiquée à Nancy (probablement à l'hôpital) où il fut soumis à la médication hydrargyrique,

Dix ans plus tard, au même endroit, c'est-à-dire sur la peau de la verge, il présenta une ulcération à base indurée, surélevée. Horteloup, qui le vit, diagnostiqua un chancre syphilitique. L'accident fut suivi de syphilides tuberculeuses du dos, des bras et d'une gommé (?) au niveau du nombril, maux de gorge, dysphagie très accentuée.

Cette observation se passe de commentaires, nous la considérons comme un exemple de réinfection.

Remarquons que l'auteur néglige de nous donner aucun renseignement sur la date du dernier coït

avant le chancre. Enfin, dans l'observation IX, il s'agit d'un pseudo-chancre induré de récidence survenant à l'endroit même où avait siégé un chancre de la première infection. Cette observation fut, si nous ne nous trompons pas, relatée par Déjerine et suscita de nombreux diagnostics, parmi lesquels ceux de réinfection et, évidemment, de pseudo-chancre. Et maintenant que devons-nous conclure ?

Nous ne nous trompons pas sur les dangers des observations discutées de longues années après leur publication. Diday a spirituellement montré (1) à quels résultats bizarres on arrive par l'analyse à distance. Son observation discutée (Obs. XVII) est celle où il y a dix-sept ans d'intervalle entre les deux syphilisations, la première observée par Ricord, la seconde par lui. « C'est à la première atteinte, dit Diday, que s'en prenait mon affectionné confrère, Cl. Petit. Or, pendant que Petit attaque ainsi de front mon embarrassant fortin, son collaborateur sans le savoir, l'estimable M. Hudelo, s'adressait à la face opposée. Ce que j'appelle seconde vérole, il en fait une poussée tertiaire de la première, non sans avoir fait une petite toilette à mon observation. Donc, pour M. Hudelo, la première a existé.

« Si nous avons autant de détails sur la première syphilis que sur la seconde, dit M. Petit, nous ne garderions aucun doute ; donc, selon lui, la seconde a existé : *quod erat demonstrandum* ; qu'ils cherchent

(1) *Annales de Dermatologie*, 1891, page 697.

maintenant à s'entendre, eux, ce n'est plus mon affaire ».

Nous croyons avoir évité cet écueil, nous n'avons pas chicané sur les faits ; nous avons simplement discuté leur interprétation, et surtout nous n'avons pas fait de petites toilettes aux observations pour les besoins de la cause.

Il nous semble donc que nous sommes en droit d'ajouter, en terminant cette discussion fatalement un peu sèche : La plupart des accidents qui, survenant chez un syphilitique, ont été désignés sous le nom de pseudo-chancres indurés de récurrence ou de syphilome chancroforme, ne sont pas autre chose que des chancres de récurrence, traduisant une nouvelle infection, une seconde vérole entée sur la première, et survenant à une date plus ou moins éloignée de l'infection primitive.

CHAPITRE IV

Durée de l'immunité syphilitique. — Epoque d'apparition du chancre de réinfection. — Etiologie des réinfections. — Traitement.

Il resterait maintenant à déterminer combien il faut de temps à l'immunité syphilitique pour disparaître, afin de permettre une réinfection atténuée ; en d'autres termes, combien de mois ou d'années après la première infection, l'organisme se trouve à nouveau en état de réceptivité.

Tous les auteurs qui admettent la réinfection atténuée sont d'accord pour penser que cette dernière se produit au plus tard quelques années après l'infection primitive.

Nous savons que Rabitsch-Bey admet la récédive au milieu d'accidents secondaires encore persistants.

Gascoyen (1) a publié onze observations personnelles et, dans ces onze cas, l'intervalle de la première syphilis à la seconde a varié de 21 mois à 9 ans.

Dans trois cas de Diday où l'on ne constata qu'un chancre induré en premier lieu, un chancre et une vérole en second lieu, la période de distance a été très courte : 11 mois, 18 mois et 2 ans. La première infection avait dû être très bénigne et vacciner les sujets pour un temps très court.

Comme le fait parfaitement remarquer Koebner, la durée de l'immunité ne saurait être diagnostiquée par l'inoculation.

Si à un individu syphilitique on inocule du pus du chancre dont il est porteur, il ne pourra pas prendre une nouvelle syphilis, puisque le sujet et l'agent infectieux sont dans le même état de virulence.

Mais il semble plus délicat d'inoculer à un syphilitique du virus syphilitique étranger. Ou bien l'inoculation restera négative, et cela prouvera tout simplement que l'individu n'est pas en état de réceptivité vis à vis de cet agent spécifique, ou le résultat sera positif et l'on aura donné la syphilis à un individu qui l'a déjà eue, mais chez lequel elle a dû passer inaperçue, ou encore chez lequel l'immunité est suffisamment atténuée.

Ce n'est, d'ailleurs, pas une expérience à tenter et nous croyons, avec Diday, « qu'on n'oserait peut-être pas inoculer le virus syphilitique à des individus

(1) *Royal med. chir. Soc. de Londres*, 24 nov. 1872.

syphilitiques exempte d'accidents depuis une ou plusieurs années ».

Diday, dans les *Archives de Médecine*, de 1862, publie 30 observations de réinfection :

16 cas où il y a eu chancre et vérole en premier lieu, et chancre seul à la seconde infection ; 9 cas où il y a eu chancre et vérole pour effet du premier contact du virus, chancre et vérole atténuée pour effet du second, deux cas où il y a eu chancre et vérole dans les deux infections, enfin trois cas dont nous avons parlé plus haut.

Les 16 premières observations furent évidemment les plus critiquées. Il est indubitable que la plupart de ces cas, sinon tous, se rapportent à des récidives de vérole.

Les deux cas où l'infection se traduit par un chancre et une vérole en premier et en second lieu offrent une très longue période de distance entre les deux syphilis : 18 ans chez l'un, 21 ans chez l'autre. Tout nous autorise à penser que l'immunité avait alors totalement disparu et que l'organisme réagit vis-à-vis de la seconde infection comme un organisme renouvelé, comme un terrain neuf d'où l'ancienne graine avait absolument disparu.

Nous ne retiendrons que les neuf cas de Diday ayant trait à une réinfection atténuée.

Ils se répartissent de la façon suivante :

Numéros des Observations	Date du 1 ^{er} chancre	[Date du second	Accidents consécutifs au second chancre	Distance entre les deux infections
Obs. XV	Mai 1854	Février 1861	Éruption discrète de papules sur les bras et le tronc. Guéri.	7 ans
Obs. XVI	1849	1851	Au bout de quelques semaines, céphalalgie légère, roséole discrète. Guéri.	
Obs. XVII	Mars 1855	Octob. 1860	Adénopathie, croûtes du cuir chevelu, plaques muqueuses du gosier. Guéri.	2 ans
Obs. XVIII	Octob. 1849	Sept. 1853	Doleurs ostéocopes, céphalée, roséole.	5 ans
Obs. XIX	Second chancre, labial, survenu 6 ans après le premier, adénopathie multiple.			4 ans
Obs. XX	Mars 1852	Août 1855	Céphalée, alopécie, plaques muqueuses.	6 ans
Obs. XXI	Avril 1856	Avril 1858	Roséole généralisée, adénopathie, plaques muqueuses.	3 ans
Obs. XXII	Juillet 1857	Août 1860	Psoriasis plantaire, plaques muqueuses.	2 ans
Obs. XXIII	Sept. 1850	Octob. 1853	Adénopathie, syphilis érythémateuse.	3 ans

En résumé, la période de temps écoulé entre les deux infections fut de :

7 ans	dans 1 cas
6 —	— 1 —
5 —	— 1 —
4 —	— 1 —
3 —	— 3 —
2 —	— 2 —

Chez Declerc, la répartition est la suivante :

11 ans	dans 1 cas
10 —	— 1 —

5 ans	dans 1 cas
4 —	— 1 —
3 —	— 4 —
18 mois	— 4 —
9 —	— 1 —
6 —	— 1 —

Dans les 21 cas de M. Fournier, la distance de la première syphilis à la seconde fut :

10 mois.....	dans 1 cas
2 ans	— 7 —
3 —	— 4 —
4 —	— 3 —
5 —	— 3 —
6 —	— 2 —
7 —	— 1 —

Chez Rabitsch-Bey (Voir observations) :

5 ans	dans 1 cas
2 —	— 1 —
1 ans 1/2.....	— 1 —
14 mois.....	— 1 —

Chez Caspari :

13 ans.....	dans 1 cas
4 —	— 1 —

Chez Köbner (Voir observations).

5 ans	dans 1 cas
3 —	— 2 —
4 —	— 1 —

Chez von Hebra (Voir observations).

5 ans	dans 1 cas
26 —	— 1 —

Dans nos trois observations :

15 ans	dans 1 cas
4 —	— 1 —
2 —	— 1 —

Si, maintenant, nous réunissons ces 56 cas, pris chez différents auteurs, nous voyons que la moyenne générale marquant la distance qui sépare la première infection de la seconde a été :

De moins de deux ans.....	dans 5 cas
De deux ans.....	— 12 —
De trois —	— 13 —
De quatre —	— 8 —
De cinq —	— 8 —
De six —	— 3 —
De plus de six ans	— 7 —

Ce qui nous autorise à penser que l'immunité syphilitique créée par une première atteinte a suffisamment disparu au bout d'un laps de temps variable de 2 à 6 ans environ, pour permettre une réinfection atténuée.

Il faut remarquer, d'ailleurs, que la durée de l'immunité relève de nombreux facteurs ; il est bien évident que certains organismes se défendent mieux que d'autres vis-à-vis des infections. Il faut donc faire entrer en ligne de compte l'individu, quoiqu'en dise

Pellizari (1), et les diverses circonstances, si nombreuses, qui peuvent modifier sa réceptivité.

Enfin, l'apparition du second chancre, traduisant l'existence d'une réinfection, est soumise à une condition étiologique de tout premier ordre, que l'on ne saurait contester : la date du coït infectant. Ce coït peut, évidemment, avoir lieu à une période quelconque de la phase de diminution de l'immunité et on ne saurait le prévoir dans l'immense majorité des cas.

Il est de toute évidence que des individus peuvent avoir de nombreux rapports sexuels avec des sujets différents, sans que, fatalement, un des coïts, soit « impur » selon l'expression des auteurs allemands.

Selon Kœbner, enfin, le mode d'administration du mercure dans la syphilis première, prédisposerait, dans une certaine mesure, à la réinfection.

« Dans plus des deux tiers de toutes les observations, dit-il, le traitement nécessaire pour obtenir une réaction analogue à celle de l'homme sain, vis-à-vis de la deuxième infection, a été le traitement mercuriel et, en réalité, le succès a été plus fréquent avec les préparations internes qu'avec les cures d'onguent. *Après injection sous-cutanée de mercure, il n'y a encore aucune observation de réinfection syphilitique* ».

Nous ne saurions confirmer ni infirmer cette opinion que nous ne pouvons que signaler.

(1) Cet auteur soutient, en effet, que l'individualité ne change pas la réceptivité pour la syphilis. C'est là une opinion que nous ne saurions admettre d'une façon aussi absolue.

Quoiqu'il en soit, un fait reste évident pour nous, c'est que la réinfection syphilitique se produit dans un court espace de temps (2 à 7 ans en moyenne) après l'infection primitive, ainsi que Rollet l'avait parfaitement vu.

La durée d'incubation des seconds chancres est la même que celle du syphilome primaire, et le traitement de la seconde infection ne diffère pas du traitement de la syphilis. Lui aussi est justiciable de l'iodure et du mercure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(RABITSCH-BEY. — *Wien. Medicin-Wochenschrift*, 1886, n° 46.

H. A., 30 ans, femme, se présente le 7 mars 1880. Première infection il y a quatre mois. L'observation relate un petit ulcère à la lèvre droite, sans induration. Induration générale des glandes. Sur tout le corps, exanthème maculo-papuleux, déjà en rétroformation, avec quelques ulcérations. Plaques muqueuses sur les lèvres et le palais. Frictions mercurielles et iodure. Le 26 juin, il n'y a plus que les taches pigmentaires des ulcères de la peau. Le 2 juin 1881, il n'y a plus de symptômes syphilitiques d'aucune sorte, simplement psoriasis de la langue; pilules au précipité rouge. Le 29 octobre 1882, c'est-à-dire *30 mois après l'infection primitive*, la malade présente un ulcère induré à la grande lèvre gauche. Adénopathie, surtout dans la région inguinale. Roséole, plaques muqueuses des oreilles et du larynx. Aphonie.

OBSERVATION II

(RABITSCH-BEY.)

L. D..., 28 ans, homme. Au commencement de 1880, nombreux ulcères sur le prépuce et le gland. Il est traité deux mois, par Pick, de Prague, par les pilules et les frictions (24); 6 mois après, 28 nouvelles frictions; 2 ans après, simplement psoriasis palmaire. En 1885, plaques opalines à la gorge. Le 18 janvier 1886, *plusieurs jours après un coït suspect*, nombreux ulcères sur le gland et le feuillet préputial interne. A l'heure actuelle (4 mars 1886), induration cartilagineuse ulcérée au côté gauche du feuillet interne.

Lymphangite dorsale de la verge. Adénopathie inguinale et cervicale.

OBSERVATION III

(RABITSCH-BEY.)

M. C..., 30 ans, homme. Prit un chancre syphilitique le 6 décembre 1876. Exanthème papuleux sur tout le tronc et le visage. Jusqu'en mars 1879, pas de symptômes. Nouvelle infection à la même place, frictions ordonnées, mais non exécutées. Le 18 janvier 1881, syphilis de la langue, plaques muqueuses de la bouche, des lèvres, du gland, onyxis (?) des annulaires. Adénopathie cervicale, psoriasis plantaire et palmaire.

OBSERVATION IV

(GASPARI. — *Deutsch. Medicin-Wochenschrift*, 6 nov. 1875, n° 7.)

Un homme de 40 ans, de faible constitution, avait eu, il y a treize ans, un chancre induré suivi d'ulcérations dans la gorge, condylomes à l'anus, éruptions cutanées. Après avoir accompli deux cures de frictions, il se guérit et, marié depuis plusieurs années, il a une femme et des enfants sains. Au commencement d'avril 1875 (j'étais devenu son médecin), il me montra une induration grosse comme un pois sur la couronne du gland, laquelle offrait tous les caractères typiques d'une sclérose syphilitique. Comme elle ne s'ulcérait pas, malgré une assez longue persistance, *et qu'il niait énergiquement* tout coït illégitime, je laissai tomber mes soupçons à tel point que j'interprétais faussement les malaises assez notables et durables.

Le 1^{er} juin 1875, le malade me montra son scrotum tout couvert de papules en parties ulcérées et en partie écailleuses; peu de papules sur le front, les bras, les cuisses.

Infiltration des ganglions aux deux aines, aux deux côtés du cou. Erosions sur les tonsilles. Le malade avoue alors avoir menti; il s'était cru tout d'abord protégé par un moyen (capote). Après quinze frictions d'environ trois grammes d'onguent gris, tous les symptômes disparurent et ne sont pas revenus jusqu'ici (octobre 1875).

OBSERVATION V

(CASPARI.)

Homme robuste qui vint me consulter, en 1871, pour une ulcère induré, infiltration ganglionnaire et érythème maculopapuleux. Comme je n'entrepris pas de médication ambulante sur ce malade de 19 ans, il fut d'abord traité homéopathiquement, puis médicalement par une cure d'onguent, et il avait encore fait, à la campagne, une cure de trois mois, par étuves sudorifiques, d'après ma propre ordonnance. Depuis, tous symptômes avaient disparu. Je le revis le 11 août 1875 ; il dit que, au commencement de mai, après un coït, il avait remarqué un ulcère. En pleine santé, il avait été pris, à la fin de juin, de douleurs dans les membres, au genou et à beaucoup d'autres articulations, lesquelles douleurs s'étaient déplacées, mais étaient encore là et un peu adoucies. Le 3 août il avait remarqué une éruption. Je trouvai un chancre induré sur la *corona glandis*, infiltrations ganglionnaires de tous côtés, abondant exanthème maculopapuleux, érosions sur le palais. Rien de palpable aux articulations, les mouvements de celles-ci libres, la pression seulement douloureuse sur une petite éminence métacarpienne. Après quelques ponctions les douleurs des articulations disparurent bientôt, l'ulcère guérit aussi, l'affection de la peau et des muqueuses également ; il me fallut pour cela vingt frictions (ou injections) ? (*in unctionem*).

OBSERVATION VI

(KOBNER. — *Berlin. Klinik. Wochenschrift*, 11 nov. 1872.)

Le 8 juin 1865, à ma clinique municipale des indigents, homme robuste de 26 ans. Il y a quatre ans et neuf mois (oct. 1860), premier ulcère. 28 jours à l'hôpital militaire avec pilules mercurielles, cure d'onguent (14 drachmes) et sudations. Les ulcérations de la gorge qui survinrent peu après furent traitées de même et par l'iode.

Guéri depuis décembre 1860, jusqu'à il y a six mois où il voyait, exclusivement sur l'épaule, un exanthème toujours persistant et non encore traité.

Aujourd'hui, celui-ci se montre sous formes de plaques, petites (environ une ligne), légèrement élevées, rouges jaunâtres, s'exfoliant modérément; elles sont disséminées sur l'épaule gauche (psoriasis syphilitique (1), rien de semblable sur tout le reste du corps. Il y a environ cinq semaines, dernier coït; il y a trois semaines, début d'une autre érosion répandue aujourd'hui sur toute la couronne du gland, jusqu'à l'intérieur du prépuce, et peu purulente, partout avec bords aigus, et offrant sur le prépuce la dureté d'une carte (chancre parcheminé) (2). L'injection de la sécrétion, gardée 24 h. sur de la charpie sèche, dans la région hypogastrique du malade donna, à côté de trois pustules bientôt abortives, une autre qui, d'une façon continue, les 3^e, 5^e, 8^e jours, se transforma en *un ulcère qu'il n'était pas possible de distinguer du chancre mou* (3) guérie par cautérisation; pas d'autres symptômes les trois semaines suivantes.

(1) Note de Kobner dans le texte.

(2) Note de Kobner dans le texte.

(3) En italique dans le texte allemand.

OBSERVATION VII

KOBNER (ce cas et les suivants proviennent de ma clientèle (1).

Le 31 octobre 1866, malade puissant de 22 ans. Le 22 mars 1863, je le reçois avec des *ulcera mollia* et une cicatrice de bubon antérieur à droite. Au commencement d'avril, bubon inguinal, suppuré, incisé. Le 12 avril 1863, présenta de l'ecthyma syphilitique, et reçut, jusqu'au 13 mai, 14 grains d'*hydr. iod. flavus*, et plusieurs bains de sublimé. Depuis, complètement débarrassé.

Aujourd'hui (31 octobre 1866), ulcères indurés du prépuce, polyadénite inguinalé surtout à gauche. Du 31 octobre au 4 novembre, seulement pansement au cérat. à partir de là, onguent gris sur les ganglions inguinaux gauches très durs et indolents. Du 19 février au 7 mars 1867, cure d'onguent à cause des plaques muqueuses des lèvres; là dessus, iodure de fer jusqu'au 26 mars. Jusqu'à présent pas vu de récidives.

Le coït infectant avait été pratiqué entre le 14 et le 20 septembre 1866.

OBSERVATION VIII

(KOBNER.)

« Voici le cas le plus intéressant dont j'avais différé la publication » (2).

(1) Note de Kobner dans le texte.

(2) Note de Kobner.

8 octobre 1871, homme de 45 ans, ossature assez forte. musculature aussi, visage blafard.

En mai 1866, traité par un collègue pour *ulcus penis*, roséole et angine, seulement avec quelques grains de sublimé, puis en dehors de tout traitement, il vint à moi, le 24 novembre 1868, pour un sarcocèle syphilitique droit, une douloureuse exostose au *manubrium sterni* et une inflammation des gaines des longs péroniers latéraux droits; avec de l'onguent gris sur le scrotum et de l'iodure de potassium il fut capable de travailler jusqu'à la fin de 1868.

Il employa, toujours à mon insu, l'iodure de potassium contre les douleurs des membres et sternales qui revinrent jusqu'à la fin de 1870.

J'avais soigné sa femme légitime, du 17 avril au 17 juin 1867, pour une syphilide boutonneuse des extrémités dégénérée en ulcère. Le 18 octobre 1871, le même malade me consulta pour un disque de la grosseur d'un groschen d'argent, très dur, mais plat et nettement délimité sur le gland, près de la couronne. Il disait ne l'avoir remarqué qu'hier. Pas d'adénite. Le dernier coït avec une fille publique, il y a dix semaines, avec sa femme il y a neuf et deux jours. Je trouvai sa femme saine à l'exploration et elle resta telle jusqu'à maintenant, après une année. A l'examen de tout le corps du malade, je constatai encore l'ancienne exostose au sternum, et une hypertrophie et induration partielle plus forte du testicule droit. Jusqu'au 10 novembre, l'induration s'est résorbée en partie sous l'action de pommade au calomel et, complètement, à partir de là, jusqu'à la fin novembre, sous l'emploi d'iodure de potassium, lequel ne changea rien aux vieux résidus susnommés.

Le 10 décembre, après un très fort refroidissement, accès de frissons, émission d'urine extrêmement amoindrie et urticaire. Pendant deux jours pleins, complète anurie avec forte fièvre. Après une énergique dérivation vers l'intestin, et des scarifications sur la région des reins, douloureuse à la pression, émission d'urine très peu albumineuse, puis la

quantité augmenta graduellement et redevint tout à fait normale fin décembre. Ni pendant cette néphrite aiguë, ni pendant une irritation de la moelle, survenant en janvier 1872 et qui, traitée pareillement, disparut aussi sans résidus jusqu'à maintenant (fin septembre), le malade, observé continuellement par moi, est redevenu vigoureux depuis longtemps, n'offrit pas d'autres symptômes de la dernière infection. L'ancien gonflement du sternum, ainsi que l'enflure indolente (des gaines péronières) et l'induration du testicule restèrent stationnaires.

OBSERVATION IX

CELSE PELLIZZARI (*Lo Sperimentale*, 1882) (1).

Homme prend pour la première fois, en 1872, une sclérose bientôt suivie de légères syphilides maculeuses. Il infecte sa femme au quatrième mois de sa grossesse, laquelle présente des papules aux parties génitales et des phénomènes généraux. Grossesse à cours normal, enfant syphilitique. Tandis que l'homme, fort paysan, ne se soumet à aucun traitement et n'a plus de symptômes, sa femme, non moins rustique, et malgré un traitement soigné, souffre longtemps encore de récidives. En 1880, nouvelle infection du mari, sclérose, syphilide maculeuse. Nouveau transport à la femme qui présente une sclérose entre la grande et la petite lèvre, à droite, et une syphilide mélangée de papilles lenticulaires. Le traitement chez les deux nouveaux infectés fut suivi de guérison.

(1) Citée par FINGER (*Prager. Med. Wochens.*, 1883, page 96).

OBSERVATION X

(VON HEBRA) (*Monats, für pratik. dermat.*, janvier 1883).

M. de X. Y... s'infecte pour la première fois en 1867. En 1868, roséole, plaques muqueuses, symptômes constitutionnels manifestes. Ce malade, malgré un traitement multiple, fut visité jusqu'en mars 1882, d'abord par des accidents secondaires puis tertiaires.

Le 3 août 1882, cinq mois après la disparition des symptômes tertiaires de la première infection, le malade, ayant pratiqué un coït extra-conjugal, présente une forte induration au prépuce, non ulcérée, laquelle grossit, disparut par l'emploi de collodion sublimé et d'emplâtre gris sans jamais s'être ulcérée. Les ganglions inguinaux gauches n'enflèrent pas beaucoup et furent tout à fait indolents. En octobre l'induration avait complètement disparu. Le 26 novembre, ainsi quatre mois et demi après l'infection anamnestique, survint, sur l'amygdale droite, une plaque plate.

OBSERVATION XI

(VON HEBRA.)

Le marchand N. N..., pour la première fois, sclérose en 1854, suivie de légers accidents consécutifs; récidives gommeuses en 1865-1868.

Le 6 octobre 1882, après un coït extra-conjugal, il présente un écoulement purulent rare de l'urèthre, avec indu-

ration occupant l'orifice urétral jusqu'à la fosse naviculaire. De même le prépuce induré de chaque côté du frein.

Par application d'emplâtre gris, les indurations ont disparu le 4 décembre. Il n'y a plus de ganglions tuméfiés. Jusqu'au milieu de janvier 1883, pas de symptômes secondaires.

OBSERVATION XII

POSPELOFF (1) (*Revista de Ciencias Medicas de Barcelona*, 1890, p. 574.)

« En raison de l'importance de cette observation, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails (2) ». Le malade prit la syphilis en octobre 1882. Un chancre de la couronne était survenu deux semaines après le coït infectant. Tarnousky, de Saint-Pétersbourg, et trois autres médecins diagnostiquent un chancre syphilitique. Dans les premiers jours de janvier, roséole intense, accompagnée d'une forte fièvre. Elle disparut à la suite de frictions mercurielles. Plaques muqueuses de la bouche, de la gorge, traitées localement, le malade ne tolérant pas l'iodure.

Au mois de mars 1883, frictions mercurielles qui font disparaître toutes les manifestations syphilitiques. En mai, psoriasis plantaire, frictions mercurielles et eaux sulfureuses.

A la fin d'octobre, Pospeloff l'examine et ne lui trouve plus que de l'adénopathie inguinale.

En 1884, on ne trouve plus aucun symptôme de syphilis.

En 1886, mariage, enfant sain. Séparé de sa femme pendant trois ans pour causes indépendantes de sa volonté. « Il évita le coït autant qu'il put, ce n'est qu'à fin de 1899

(1) Citée par Paul RAYMOND (*Annales de Dermatologie*, de 1891).

(2) Note de Pospeloff.

« que, souffrant de pollutions nocturnes, la nature reprit le « dessus et il eut un coït impur. » Quatre semaines après ce coït, il voit survenir sur la racine de la verge, empiétant sur le pubis, deux croutelles qui résistent au lavage.

En 1890, il se présente à Pospeloff qui se montre convaincu qu'il ne s'agit ni d'un pseudo-chancrè, ni d'un chancrè mou, mais d'un véritable accident primitif.

Six semaines après, roséole abondante sur les parties latérales du tronc, les avants-bras, les poignets. Adénopathie inguinale et cubitale. Angine érythémateuse et plaques amygdaliennes. La roséole, selon la règle, disparut en 2 mois. « Contrairement à l'opinion de Ricord, la seconde infection fut beaucoup plus intense que la première (1) ».

En résumé : réinfection syphilitique plus grave que la première vérole, 7 ans après celle-ci, 5 ans après la disparition des accidents de la première infection.

OBSERVATION XIII

(Le 3 février 1892, M. PAULY présente à la *Société des Sciences Médicales* de Lyon, un homme dont voici l'observation.)

P... Antoine, 38 ans, mineur. Syphilis en 1877, c'est-à-dire il y a quinze ans. Soigné à l'hôpital du dey à Alger. Un chancrè du filet lui a enlevé tout le filet. En même temps, chancrè de la lèvre inférieure. Il prit des pilules mercurielles puis de l'iodure. La syphilis évolua avec les symptômes habituels.

Il n'a rien eu depuis huit ans. A son entrée à l'Antiquaille, on lui trouve des plaques muqueuses dans la bouche. Ces plaques sont superficielles, érosives, rouges et non pas

(1) POSPELOFF. — Dans le texte.

ulcéreuses, laiteuses comme on le voit dans les anciennes syphilis. Ce sont des plaques muqueuses récentes et décollant, comme le disait M. Aubert, qui a vu le malade, une syphilis de six mois à un an tout au plus. Elles ne peuvent pas être mises sur le compte d'une syphilis de quinze ans. Plaques muqueuses lisses du scrotum ; papules dans le sillon naso-labial, une plaque muqueuse à l'anüs.

Aux deux cuisses, le long des vaisseaux fémoraux, cordon dur, noueux, reliquat d'une lymphangite douloureuse que le malade a eue il y a deux mois. Adénopathie inguinale double. Adénopathie généralisée sterno-mastoïdienne, sous-maxillaire, *surtout à gauche*, épitrochléenne. Croûtes dans les cheveux, pas de céphalalgie. Ces accidents se sont montrés en novembre.

On recherche la lésion primitive. *Sur la joue gauche*, cicatrice de la dimension d'une pièce de un franc, circulaire, rouge à la périphérie, blanche au centre. Une cicatrice semblable est située derrière l'angle de la mâchoire du même côté. Ce sont les cicatrices de deux chancres qui ont apparu simultanément dans le mois de septembre, c'est-à-dire deux mois et demi avant l'éclosion des accidents actuels. Ces chancres reposaient sur une base indurée, dit le malade, et l'on constate une induration nette de la cicatrice située derrière l'angle de la mâchoire.

M. Cordier considère ces cicatrices comme caractéristiques : cicatrices du chancre de la peau.

On a recherché à l'hôpital du dey, à Alger. Le malade était porté, du 6 novembre 1877 au 2 mai 1878, comme vénérien.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par M. le Professeur AUGAGNEUR.)

I... Victor, 42 ans, ferblantier, entre, le 19 novembre 1895, dans le service de M. Augagneur, à l'Antiquaille.

Pas d'antécédents héréditaires. Il y a quinze ou seize ans, le malade était entré, pour un chancre syphilitique, à l'Antiquaille, dans le service de M. Horand, qui lui administra des bains locaux de mauve et des pilules de Dupuytren. On le perdit de vue après sa sortie. Il se maria quatre ans après et il eut quatre enfants, dont l'aîné, encore vivant, est soldat. Les trois autres sont morts : l'un (l'aîné de ces trois enfants), à l'âge de sept ans, l'autre à trois ans, le dernier à trois mois. Enfin, un cinquième a été avorté à trois mois. La femme est morte en 1887.

Depuis sa sortie de l'Antiquaille, le malade affirme absolument n'avoir jamais eu de symptômes syphilitiques : pas d'éruptions, pas de plaques muqueuses.

Dix à douze jours après avoir vu une femme, il y a deux mois, le sujet s'est aperçu d'une cuisson en urinant et d'un écoulement du canal. Il consulta un pharmacien qui lui donna des injections et des capsules. Quelques jours après le prépuce s'est œdématié, sans qu'il ait remarqué d'ulcération.

Actuellement, le malade présente un prépuce œdématié, renflé : la verge a la forme d'un battant de cloche.

Le prépuce ne peut pas être ramené en arrière. Son ouverture à bords gonflés, à contours irréguliers, laisse apercevoir le gland et livre passage à un liquide purulent jaune-verdâtre. Le pus semble provenir à la fois du méat et du sillon balano-préputial.

A la palpation de l'extrémité antérieure de la verge on sent une induration, qui semble profonde, siéger sur le gland plutôt que sur le prépuce. A l'entrée du méat il existe une ulcération. L'extrémité antérieure du gland est le siège d'une induration très prononcée.

Dans les aînes droite et gauche, les ganglions sont tuméfiés et indolents. Adénite cervicale.

Eruption papulo-pustuleuse disposée suivant les plis de la peau, depuis 15 jours, marquée surtout sur le thorax. Elle est peu apparente sur les membres supérieurs où on ne voit

que quelques vésico-pustules occupant la face de flexion.

Rien à la bouche, rien au gosier, pas d'algies.

Alcoolisme.

Le malade, guéri, sortit en très bon état et, depuis, n'a plus présenté de symptômes.

OBSERVATION XV

(Communiquée par M. le Professeur AUGAGNEUR).

O... François-Joseph, 50 ans, se présente, le 21 novembre 1895, dans le service de M. Augagneur.

Marié, père de deux enfants morts, l'un de diphtérie, l'autre né avant terme et ayant succombé immédiatement après sa naissance.

Blennorrhagie il y a 3 ans. La maladie actuelle a débuté il y a six semaines environ : c'est 15 jours après avoir vu une femme, qu'il ne connaissait d'ailleurs pas et qu'il rencontra étant en état d'ivresse. Une semaine après l'apparition de la lésion initiale à la racine de la cuisse gauche, le malade s'aperçut d'un ganglion inguinal gauche, puis, quelques jours après, d'une série d'autres dans le creux de l'aisselle du même côté.

Enfin, il y a dix à douze jours, c'est-à-dire un bon mois après l'accident initial, apparut l'exanthème et des plaques suintantes sur le gland, le prépuce, la région anale. Le 21 novembre 1895, à la partie externe de la racine de la cuisse gauche, plaque suintante ulcérée de la dimension d'une pièce de deux francs, entourée d'une zone inflammatoire diffuse. Eruption généralisée d'un grand nombre de papulo-pustules, sur le tronc, les membres et jusque dans la barbe et dans le cuir chevelu. Prurit assez intense.

Plaques muqueuses labiales, une autre sur l'amygdale droite. Balanite et phimosis.

Plaques muqueuses à l'anús et dans le sillon interfessier. Pas de céphalée. Quelques algies nocturnes, surtout il y a quelques jours aujourd'hui disparues. A la plante du pied, plaque suintante recouverte de croûtes assez abondantes.

Plaques muqueuses interdigitales des orteils.

Le 30 décembre, le malade sort en bonne voie de guérison. L'exanthème a presque totalement disparu. Il persiste seulement une légère teinte cuivrée. Les plaques muqueuses n'existent plus. Le malade n'est pas revenu depuis.

Le 5 décembre 1899, le malade revient. Chancre induré sur la verge, dans le sillon balano-préputial à gauche, ganglion à gauche surtout induré. Le chancre apparut quinze jours après le coït.

Le malade revient pendant quelque temps aux consultations gratuites. Il présenta quelques plaques muqueuses de la gorge, puis une roséole généralisée. Il affirma n'avoir pas eu d'accidents depuis le 30 décembre 1895. Les symptômes actuels disparurent vite par l'administration des pilules de Dupuytren.

OBSERVATION XVI

(Communiquée par M. le professeur AUGAGNEUR.)

T..., Constantin, 40 ans, menuisier.

En 1894, à Bône, chancre du frein à gauche, puis éruption de grosses papules sur tout le corps ayant laissé de grandes cicatrices blanches, circulaires avec un épiderme aminci et un peu gaufré (cou, épaule, dos, jambes). Le malade perdit ses cheveux, il eut une stomatite intense et de violents maux de tête. Il prit des pilules de Dupuytren, de l'iodure de potassium, des bains sulfureux et de sublimé; il alla à Constantine, fut soigné dans ces diverses villes et guérit complètement. Depuis de longues années il n'a rien vu.

Il se présente le 4 juin 1896. Il y a 18 mois sa femme, âgée de 30 ans, qui exerce la profession de vendeuse, avait des boutons sur le corps, perdit ses cheveux, prit des plaques dans la bouche, et entra à l'hôpital de Montpellier.

L'enfant, âgée de 7 ans, prit ensuite de la dysphagie et eut une légère éruption.

15 à 20 jours après l'entrée de la femme à l'hôpital le mari eut de la dysphagie à son tour, des plaques muqueuses à l'anus et à la bouche. Adénopathie intense, prit des pilules de mercure, puis les accidents disparurent et, à l'heure actuelle (4 juin 1895), il ne présente plus qu'un peu d'iritis.

CONCLUSIONS

I. — Les réinfections de la syphilis sont plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. Elles ont été méconnues, parce que l'on voulait voir la seconde infection se dérouler avec le même luxe de symptômes que la première. Or, d'après ce que nous savons des maladies infectieuses, il ne saurait en être ainsi : ces réinfections doivent être des réinfections atténuées.

II. — Les réinfections syphilitiques atténuées, méconnues, ont donné lieu à de nombreuses erreurs d'interprétation, dont la théorie du pseudo-chancere de Fournier et du syphilome chancroforme de Leleux, n'est pas la moindre.

II. — L'immunité syphilitique n'a donc pas une durée indéfinie, etsi elle devient jamais générale et complète, c'est surtout à une époque peu éloignée de la maladie. Au bout d'une période de deux à six ans après l'infection primitive, l'organisme est en état de réceptivité de réinfection atténuée.

Vu :

Le Président de la Thèse,

VICTOR AUGAGNEUR.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 février 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- FOURNIER. — *Archives gén. de Médecine*, 1868.
- JULLIEN. — *Traité des Maladies vénériennes*, 1886.
- FOURNIER. — *Traité de la Syphilis*, 1898.
- HUDELO. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai et juin 1891.
- VIDAL. — *Traité des Maladies vénériennes*, page 394.
- DIDAY. — *Archives gén. de Médecine*, 1862, 1867, 1870-71.
- ROLLET. — Article *Syphilis* du Dictionnaire Dechambre. *British. medical Journal*, août 1872.
- DIDAY. — *Maladies vénériennes*, 1886.
- VÉNOT. — *Bordeaux Médical*, 1887.
- MASSE. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1881.
- ANCELON. — *Thèse de Paris*, 1877.
- PORTALIER. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1888.
- HOMOLLE. — Article *Syphilis* du Dictionnaire Jaccoud (édition de 1883).
- DU CASTEL. — *Semaine Médicale*, 1898.
- BROCQ. — *Journal of cutan. dis.*, 1890.

DECLERC. — Thèse de Lille, 1885.

RABITSCH-BEY. — *Wiener Medecin. Wochenschrift*, 1886.

KOBNER. — *Berlin. Klinik. Wochenschrift*, 11 nov. 1872.

CASPARI. — *Deutsch. Med. Woch.*, 6 nov. 1875.

FINGER. — *Prager. Med. Woch.*, 1883.

